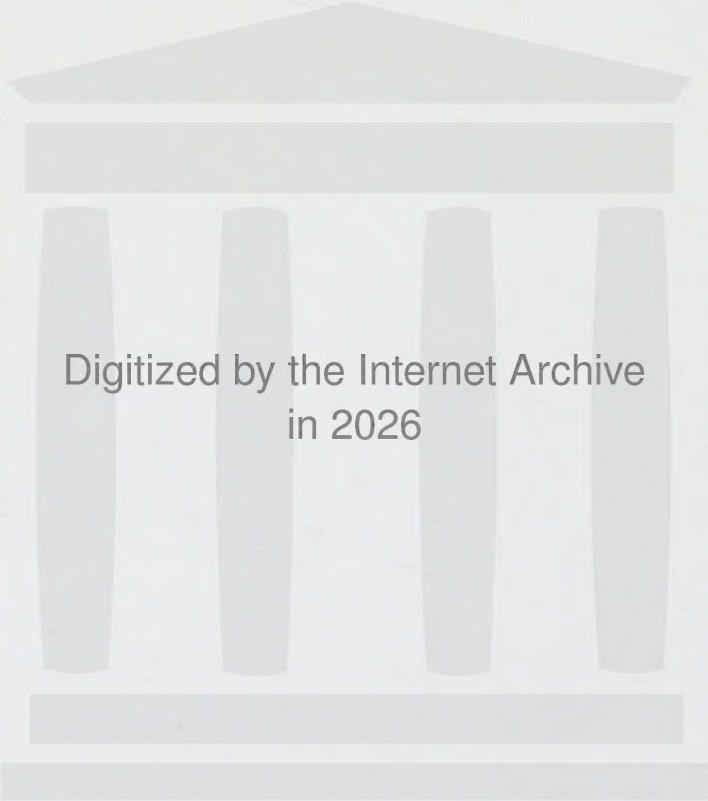


EIN BEITRAG
ZUR KLINIK DER JUGENDLICHEN ZYKLOTHYMIEN

Christa Karin Hempel

1964



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41555224_0037

EIN BEITRAG
ZUR KLINIK DER JUGENDLICHEN ZYKLOTHYMIEN

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde in der gesamten Medizin
verfaßt und
einer Hohen Medizinischen Fakultät
der Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von
Christa Karin Hempel
aus Düsseldorf

München 1964

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München

Referent:	Professor Dr. J. -E. MEYER
Korreferent:	Professor Dr. K. KOLLE
Dekan:	Professor Dr. R. BACHMANN

Tag der mündlichen Prüfung: 7. 7. 1964



MEINEM VATER GEWIDMET

	Seite
A. Literaturübersicht	7
I. Vorkommen und Häufigkeit der Cyklothymie im Kindes- und Jugendalter	7
II. Symptomgestaltung der kindlichen und jugendlichen Cyklothymie	8
B. Fragestellung	13
C. Methodik	14
D. Ergebnisse	17
I. Häufigkeit	17
II. Geschlechtsverteilung	18
III. Konstitution	19
IV. Soziale Herkunft	19
V. Primärpersönlichkeit	20
VI. Familiäre Belastung	20
VII. Auslösende Faktoren	21
VIII. Krankheitsbeginn	21
IX. Zahl der Phasen	22
X. Richtung der Phasen	22
XI. Phasendauer	22
XII. Dauer des freien Intervalls	23
XIII. Krankheitsdauer	23
XIV. Die Symptome	24
1. Depressive Phasen	25
a) Die Einzelsymptome	25
aa) Stimmung	25
bb) Vitalstörungen	25
cc) Antriebsverhalten	25
dd) Tagesschwankungen	25
ee) Suicidalität	25
ff) Depressive Wahninhalte	25
gg) Weitere depressive Symptome	25
b) Abhängigkeit der depressiven Symptome von verschie- denen Faktoren	26
aa) Geschlecht	26
bb) Schulbildung	26
cc) Unipolarer oder bipolarer Krankheitsverlauf	26
dd) Primärpersönlichkeit	27
2. Manische Phasen	27

	Seite
XV. Krankheitsverlauf	28
XVI. Diagnostische Schwierigkeiten	28
XVII. Soziale Auswirkungen	29
XVIII. Prognose	29
E. Besprechung der Ergebnisse	30
F. Zusammenfassung	34
G. Literaturverzeichnis	35

I. Vorkommen und Häufigkeit der Zykllothymie im Kindes- und Jugendalter

Im psychiatrischen Schrifttum finden sich zahlreiche Hinweise auf manisch-depressive Psychosen im Kindes- und Jugendalter. Schon in den letzten Jahrzehnten des 19. Jahrhunderts konnten BERKHAN (1863), EMMINGHAUS (1887) und MOREAU (1889) zeigen, daß die für das Erwachsenenalter gültigen psychischen Erkrankungsformen auch bei Kindern und Jugendlichen in ähnlicher Form zu beobachten sind. Allerdings zeigte sich bald, daß Manien und Depressionen im Kindesalter außerordentlich selten vorkommen. So vertrat ZIEHEN schon 1904 im 1. Teil seines Werkes "Die Geisteskrankheiten des Kindesalters" den Standpunkt, daß das manisch-depressive Irresein in den ersten zwei Dritteln der Kindheit sehr selten beobachtet wird. Auch nach FRIEDMANN (1909) sind vor allem die schwereren Formen der affektiven Psychosen bei Kindern noch seltener, als man dies im allgemeinen annimmt. KRAEPELIN (1913) kam in der 8. Auflage seines Lehrbuches zu der Ansicht, daß nur bei 0,4 % der manisch-depressiven Erkrankungen die ersten Anfälle des Leidens bereits vor dem zehnten Lebensjahr auftreten; dagegen falle in die Entwicklungszeit zwischen dem 15. und 20. Lebensjahr die größte Häufigkeit der Erkrankungen. Auch HOMBURGER (1926) und LANGE (1928) betonen die Seltenheit manisch-depressiver Erkrankungen in der Kindheit. Nach BLUM (1932) kamen in den psychiatrischen Kliniken von Köln und München unter etwa 23 000 Aufnahmen nur wenig Fälle von affektiven Psychosen bei Kindern vor. BÜRGER-PRINZ (1935) fand unter 68 psychotischen Kindern der Leipziger Nervenklinik 20 Fälle, die in den Formenkreis des manisch-depressiven Irreseins hineingehörten; die auffälligen psychischen Erscheinungen waren in diesen Fällen vor dem abgeschlossenen 16. bzw. angefangenen 17. Lebensjahr aufgetreten. Unter den fast 800 Patienten einer von HUTTER (1939) geleiteten Klinik gab es keine Kinder, die an Melancholie oder Manie litten; der Autor vermutet, daß die depressiven Kinder unter Aufsicht der Eltern bleiben, während die an Manie leidenden Jugendlichen als bewegliche Psychopathen in den Anstalten für schwer erziehbare Kinder und in anderen Erziehungsanstalten zu finden seien. In der "Psychopathologie des Kindesalters" von HANSELMANN (1948) wird das manisch-depressive Irresein überhaupt nicht erwähnt. TRAMER (1949) äußert in dem Lehrbuch der allgemeinen Kinderpsychiatrie, daß affektive Psychosen in der Kindheit - "wenn überhaupt vorkommend" - äußerst selten seien; in der Pubertät kommen dagegen nach der Meinung dieses Autors depressive Psychosen vornehmlich bei Mädchen schon häufiger vor, nicht selten darunter periodische, im Anschluß an die monatliche Regel wiederkehrende Verstimmungen. VON STOCKERT (1949) behauptet, daß die manisch-depressive Erkran-

kung im Kindesalter noch seltener sei als die schizophrene Psychose. Auch in der anglo-amerikanischen Literatur werden affektive Psychosen des Kindes- und Jugendalters nur selten erwähnt. KANNER (1951) sieht in den depressiven und manischen Zustandsbildern des Kindesalters im Sinne von A. MEYER den Ausdruck einer bestimmten Reaktionsform, nicht aber die Manifestation einer endogen bedingten Psychose. CREAK (1952) hält manisch-depressive Psychosen vor dem Pubertätsalter für ausgesprochen selten. Nach HALL (1952) waren unter 1000 Kindern im Alter von 5 - 16 Jahren innerhalb einer psychiatrischen Praxis nur 2 Patienten mit einer affektiven Erkrankung, wobei keines der Kinder jünger als 13 Jahre alt war. CAMPBELL (1952) und HARMS (1952) betonen anhand einiger kasuistischer Fälle, daß die manisch-depressiven Psychosen in der Kindheit doch häufiger seien, als es von der zeitgenössischen amerikanischen Psychiatrie angenommen wird. SPIEL (1961) hat die endogenen Psychosen des Kindes- und Jugendalters in neuerer Zeit eingehend bearbeitet und unterstreicht aufgrund des Materials der Wiener psychiatrischen Klinik das seltene Vorkommen dieser Erkrankung; unter 1000 Fällen, die von der Kinderabteilung der Wiener Klinik in den letzten 10 Jahren betreut wurden, konnten nur 19 Fälle als manisch-depressive Psychosen bezeichnet werden.

II. Symptomgestaltung bei der kindlichen und jugendlichen Zykllothymie

Aber nicht nur die Frage der Häufigkeit manisch-depressiver Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter, sondern auch das Problem der Symptomgestaltung bei den kindlichen und jugendlichen Zykllothymien wird im psychiatrischen Schrifttum eingehend diskutiert. EMMINGHAUS (1887) vertrat die Auffassung, daß die kindliche Melancholie und Manie sich hinsichtlich der Art und Dauer ihres Verlaufs nicht wesentlich von den entsprechenden Formen des reifen Lebensalters unterscheide. Dagegen glaubte schon FRIEDMANN (1909) gewisse Unterschiede in der Symptomgestaltung jugendlicher Zykllothymien zu erkennen. Er hob vor allem die leichtere, mildere Ausprägung kindlicher manisch-depressiver Psychosen hervor und unterschied im wesentlichen zwei charakteristische Verlaufsformen. Er beobachtete solche Verlaufstypen der periodischen Psychose, bei welchen relativ große Serien ziemlich kurzer depressiver oder manischer Phasen sich unmittelbar folgen, sodaß nach kurzen gesunden Intervallen immer von neuem die gleiche psychische Erkrankung hervorbricht; hiervon unterschied er einen zweiten Verlaufstyp, bei dem die melancholische oder manische Phase meist vereinzelt blieb, die Dauer weniger Wochen meist nicht überschritt und später in eine Zykllothymie des reifen Lebensalters einmündete. Derartige vereinzelte melancholische oder manische Verstimmungen waren häufig durch besondere Aufregungen "ausgelöst". Der Autor hob hervor, daß in der Pubertät und

Postpubertät eine Häufung manisch-depressiver Psychosen zu beobachten sei, und daß sich die Krankheitsphasen dann in ihrer ganzen Verlaufsgestalt mehr dem Charakter der Erkrankungen des Erwachsenenalters näherten. ZIEHEN (1917) beobachtete bei seinen Fällen "vielfach die Neigung zu außerordentlich starken und rasch einsetzenden Stimmungsschwankungen, einen gewissen albernem, boshaften oder läppischen Zug, vereinzelt auch die Gewohnheit, in bizarrer Weise vorbeizureden und verschrobene Redewendungen vorzubringen"; Halluzinationen will der Autor bei Melancholien in der Hälfte aller seiner Fälle gefunden haben. RÜMKE (1928) hebt die Tatsache hervor, daß die Depressionszustände bei Kindern mehr oder weniger hypochondrisch gefärbt sind und erklärt diesen Umstand damit, daß das Kind noch nicht das psychische Erfahrungsmaterial besitze, worin die Erwachsenen ihre Depression erleben; aus diesem Grund seien auch bei Kindern Sündenwahn, Schuldgefühle, Verarmungsideen, Kleinheitsgefühle nicht anzutreffen. Das Kind erlebe die Depression in vagen Unlustgefühlen und unangenehmen somatischen Empfindungen. Der Autor vertritt darüber hinaus die Auffassung, daß manische und depressive Erscheinungen bei Kindern nicht als Ausdruck der manisch-depressiven Psychose aufzufassen seien; es handle sich vielmehr um einen Symptomenkomplex, der bei verschiedenen Krankheiten "symptomatisch" vorkommen könne. Für eine derartige Auffassung spreche auch die Tatsache, daß bei diesen Kindern weder eine gleichnamige erbliche Belastung noch eine deutliche cyklothyme Konstitution nachzuweisen sei.

Besonders eingehend setzt sich LANGE (1928) in seinem Handbuchbeitrag mit der pathoplastischen Gestaltung endogener Gemütskrankungen durch das Kindes- und Jugendalter auseinander. In der Kindheit seien die depressiven Bilder durchschnittlich sehr inhaltsarm. Die ersten Manifestationen der Krankheit verbergen sich möglicherweise oft hinter körperlichen Störungen. Die depressiven Phasen seien meist von wesentlich kürzerer Dauer als bei Erwachsenen; für den Ausbruch der einzelnen Phasen komme seelischen Einflüssen eine erhöhte Bedeutung zu. Schwere manische Phasen seien wie die Depressionen durch ihre Inhaltsarmut gekennzeichnet; der Autor hebt besonders die an das Stereotype erinnernde Armut des sprachlichen Inhalts, die an Hebephrene gemahnende Neigung zu Wortspielen und Albernheiten, das Grimassieren sowie das häufig gezielte und manipulierte Verhalten solcher manischer Kinder hervor. Auch in der Pubertät zeichnen sich nach LANGE die besonderen Bedingungen der Altersstufe nicht selten in entscheidender Weise ab. Bei der Durchsicht eines großen Materials fiel dem Autor die bereits von ZIEHEN hervorgehobene "puberale Modifikation" der Krankheitserscheinungen auf. Mitunter schienen zirkuläre Erkrankungen mit periodischen menstruellen Verstimmungen zu beginnen. Alle diese symptomatologischen Besonderheiten seien geeignet, die nosologische Einordnung der Zustandsbilder zu erschweren; und es komme daher häufig zu Fehldiagnosen zugunsten der Schizophrenie. Der Autor hält es für fraglich, ob man in den atypischen psychopathologischen Erscheinungen

wirken einen Ausdruck der besonderen Verhältnisse der Pubertät erblicken dürfte. In etwa der Hälfte der Fälle handelte es sich um besonders schwere Erkrankungen: es sei möglich, daß die Anlage außer den Voraussetzungen für die manisch-depressiven Erscheinungen auch noch andere Komponenten enthalte, welche deren abnorm frühe Manifestation bedingen.

BÜRGER-PRINZ (1935) hebt hervor, daß man auch bei Kindern mit einer erheblichen Dauer der Krankheitsphasen zu rechnen habe. Starkste unvermittelte Schwankungen im Gesamtverhalten innerhalb weniger Stunden seien aber für die manisch-depressiven Zustände der Jugendlichen charakteristisch. Was die Symptombildung der depressiven Phasen betrifft, so wird die Häufigkeit "schizophrener" Erscheinungen betont. So finde man bei den jugendlichen Depressionen ängstlichen Beziehungswahn, Angst vor Verfolgung oder Verschloßwerden, wahnhafte Erlebnisse mit illusionären Verkennungen, katatoniforme Symptome wie Stupor, Stereotypie, verbigerierendes Gerede, kataleptische Symptome u.ä.. Die manische Phase sei häufig durch Größenideen, Phantasereien, Erziehungsschwierigkeiten und kriminelle Handlungen gekennzeichnet. Der Hypomanische wirke durch seine Unbekummertheit oft bindungslos, genussüchtig, gefühlsmäßig unansprechbar, während eine ruhigere Stunde sofort die gewöhnliche Resonanzfähigkeit deutlich mache. Über derartige atypische Gestaltungen manisch-depressiver Erkrankungen bei jugendlichen Patienten hat später BACH (1942) aus der BÜRGER-PRINZschen Klinik noch weitere Ausführungen gemacht. Er zeigte, daß den Phasen der zyklischen Erkrankung im jugendlichen Alter eine Fülle von Besonderheiten in der Symptomatik und im Verlauf eigen ist, "so daß wir gerade diese atypischen, von der Norm abweichenden Krankheitsbilder als typischen für das Jugendalter und damit für die Zeit der psychischen Pubertät bezeichnen möchten." Ein charakteristisches Merkmal der manisch-depressiven Erkrankung im jugendlichen Alter sei in den häufigen und oft erheblichen Stimmungsschwankungen zu sehen. Im Gegensatz zu früheren Bearbeitern fand der Autor bei seinen Fällen eine große Menge paranoiden Symptome, die er auf Mitleidenschaft, Katoisigkeit und Wahn der jugendlichen Patienten zurückführt. In einem großen Teil seiner Fälle findet er illusionäre Umdeutungen, bei einigen Kranken auch echte Halluzinationen. Kennzeichnend für diese jugendlichen Depressionen sei auch ein katatonisches Ausdrucksverhalten, das in vielen Fällen mit Abartigkeiten des Gedankensablaufs und des sprachlichen Ausdrucks einhergehe und die Differentialdiagnose gegenüber der Schizophrenie erschwere. In der milderen, "typischeren" Krankheitsbilder war die erbliche Belastung besonders deutlich ausgeprägt, bei diesen Fällen konnte sich die "typenbildende Kraft der Krankheit" (BÜRGER-PRINZ) gegenüber den für die Pubertät charakteristischen pathologischen Ausgestaltungen offenbar besonders gut durchsetzen.

Im Gegensatz zu diesen eingehenden Beobachtungen wird die besondere Erscheinungsweise kindlicher und jugendlicher Zyklithymien in dem kinderpsychia-

trischen Lehrbuch von TRAMER (1949) nur mit wenigen Worten erwähnt. Seine Beobachtungen decken sich mit den Erfahrungen von VILLINGER (1952), der das farblose und uncharakteristische Aussehen der seltenen präpuberalen Zykllothymien und die im allgemeinen kurze Phasendauer hervorhebt; im Gegensatz zu den meisten anderen Angaben des Schrifttums glaubt der Autor den Wechsel zwischen trauriger und heiterer Verstimmung bei Kindern nicht häufiger beobachtet zu haben als im Erwachsenenalter.

VON STOCKERT (1949) hebt besonders die Tatsache hervor, daß zirkuläre Psychosen des Pubertätsalters häufig als Schizophrenie verkannt werden. Derartige Jugendliche seien im Wesen oft albern und läppisch und zeigen ein fast leeres Pathos. Der Sinn für alles Problematische in diesen Jahren wirke sich in einer symbolhaften Bedeutungsüberladung geringfügiger Erlebnisse aus. Statt einer eigentlichen Ideenflucht zeige sich in der Unterhaltung eine Neigung zu formalen Spielereien, die an schizophrene Bizarrieren erinnern können. Dazu komme oft eine Geziertheit der Bewegungen, eine Gespreiztheit des motorischen Verhaltens, eine aus der pubertären Trotzeinstellung sich ergebende explosive Gereiztheit und eine scheinbare Gefühlskälte. In der Präpubertät seien manisch-depressive Psychosen besonders durch einen kurzen Wechsel der Phasen ausgezeichnet, wobei die Stimmungsschläge oft nicht so erheblich seien wie in späteren Jahren; oft komme es zu deutlichen Schwankungen sogar innerhalb ein und desselben Tages. Ähnliche Beobachtungen finden sich auch im anglo-amerikanischen Schrifttum. CREAK (1952) findet manisch-depressive Psychosen im Pubertätsalter oft durch ein schizophrenes Kolorit gekennzeichnet. HARMS (1952) hebt die Häufigkeit eines ungünstigen situativen Milieus bei dem Zustandekommen manisch-depressiver Erkrankungen im Jugendalter hervor. Die von KRETSCHMER postulierten charakteristischen Konstitutionstypen waren in seinem Untersuchungsmaterial nicht vertreten. Hinsichtlich ihrer Symptomgestaltung waren die kindlichen Depressionen weniger differenziert, als das bei den Erkrankungen des Erwachsenenalters der Fall ist.

ZEH (1956) hat das psychopathologische Erscheinungsbild der jugendlichen Manien eingehend untersucht und dabei drei verschiedene Krankheitsgruppen unterschieden. In einer ersten großen Gruppe lagen die manischen Syndrome in "stilreiner" Form vor und unterschieden sich lediglich durch rein quantitative Abweichungen in Dauer und Grad von der Manie des Erwachsenenalters. Es handelte sich meist um kurze manische Episoden von Tagen oder Wochen, selten um protrahierte, viele Monate dauernde Verstimmungen, wie sie bei den depressiven Erkrankungen häufig sind. Eine zweite Gruppe von Krankheitsbildern wurde als "hebephrener Typ" der jugendlichen Manie zusammengefaßt; hier begegnete man vor allem jenen Zuständen, die an eine beginnende Schizophrenie, an abnorme Erlebnisreaktionen Jugendlicher, an pubertäre Auffälligkeiten aber auch an Reaktionen Schwachmünniger denken ließen. Besonders häufig waren auch "Mischzustände", bei denen durch eine rasche Schwankung und Vermischung starker Affekte oft kaum beurteilt werden

konnte, ob eine depressive oder manische Verstimmung vorlag. In einer dritten Gruppe wurden "katatonieartige Zustände" im Rahmen der jugendlichen Manie zusammengefaßt; hier handelte es sich um Maniertheiten, Bizarrieren, Grimassieren, gespreizte Bewegungseigentümlichkeiten, aber auch um schwere Erregungszustände und Bewegungsturme. Trotz dieses bunten psychopathologischen Erscheinungsbildes ist der Autor der Meinung, daß echte schizophrene Erscheinungen im Sinne der primären Symptome K. SCHNEIDERS bei der jugendlichen Manie nicht vorkommen.

Ähnliche Beobachtungen hat STUTTE (1960) in seinem Handbuchbeitrag zusammengefaßt. Er betont vor allem die kurzphasische Verlaufsdynamik zyklotyper jugendlicher Psychosen mit ihrem häufigen Wechsel zwischen manischen und depressiven Verstimmungen und die Häufigkeit atypischer Mischbilder; das Vorkommen von Veränderungs- und Entfremdungserlebnissen, halluzinatorischen und paranoiden Randsymptomen erschwere das Abgrenzen solcher zirkulärer Psychosen von der juvenilen Schizophrenie.

In ähnlicher Weise hat sich SPIEL (1961) zur Symptomatologie der jugendlichen Zyklotymien geäußert. Die Phasen selbst seien oft nur ganz kurz und in Verhaltensstörungen eingekleidet. Die Neigung zum "manischen Reaktionsmuster" sei umso ausgeprägter, je jünger die betreffenden Kinder seien. Der geringe Ausprägungsgrad und die leichte Schwankungsbereitschaft ließen oft nur an das Bestehen einer psychotischen Eigenschaft denken.

Die zahlreichen und wenig einheitlichen Hinweise auf Besonderheiten der manisch-depressiven Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter, wie sie das Schrifttum zeigt, ließen es wünschenswert erscheinen, das Problem dieser Erkrankungen auch anhand der Krankengeschichten der Klinik erneut zu untersuchen. Die Durchsicht der Krankenblätter erlaubt eine vergleichende Betrachtung der verschiedenen Krankheitsphasen und ihrer pathoplastischen Gestaltung. In der vorliegenden Arbeit soll versucht werden, Häufigkeit und Symptombildung jugendlicher zirkulärer Psychosen mit denen des Erwachsenenalters zu vergleichen. Da die Nervenlinik der Universität München nicht über eine eigene kinderpsychiatrische Abteilung verfügt, kann sich diese Arbeit nicht mit der Frage kindlicher Depressionen auseinandersetzen, das Schwergewicht liegt vielmehr auf den manisch-depressiven Erkrankungen des Pubertätsalters. Wie alle biologischen Alterseinteilungen sind Kindheit und Pubertät zeitlich nicht genau fixierbar. Wir sprechen im Folgenden nicht von manisch-depressiven Erkrankungen des Kindesalters oder der Pubertät, sondern von den Cyklothymien des Jugendalters, und verstehen hierunter alle manischen und depressiven Erkrankungen, die nach dem 13. und vor dem 21. Lebensjahr auftreten.

Zur Ermittlung der Häufigkeit cyklothymen Erkrankungen des Jugendalters wurden aus den Diagnosebüchern der Klinik sämtliche Kranke festgestellt, die in der Fünfjahresperiode 1957 - 1961 wegen Krankheiten des manisch-depressiven Formenkreises aufgenommen wurden. Dabei wurden im einzelnen folgende Diagnosen als zum cyklothymen Formenkreis gehorig betrachtet: Cyklothymie, manisch-depressive Erkrankung, endogene Depression, Manie, cyklothyme Erkrankungen im Rückbildungs- und Greisenalter, depressiv-paranoische Erkrankungen im Klimakterium und Rückbildungsalter, endoreaktive Dysthymien, Zwangs- und Entfremdungsdepressionen, Angstpsychosen, cykloide Psychosen, depressive Schwangerschafts- und Wochenbettpsychosen. Nicht berücksichtigt wurden dagegen depressive Reaktionen, reaktive Depressionen sowie Wochenbettpsychosen und klimakterische Psychosen mit höchstens fraglicher Zugehörigkeit zum cyklothymen Formenkreis.

Unter den Patienten mit allen genannten Diagnosen wurden jene Kranke ausgesondert, die bei der Aufnahme in die hiesige Klinik das 21. Lebensjahr noch nicht erreicht hatten.

Aus den hierbei gewonnenen Zahlen konnte der prozentuale Anteil jugendlicher Cyklothymien - d.h. also der Patienten unter 21 Jahren - an der Gesamtzahl manisch-depressiver Erkrankungen berechnet werden.

Aus der sehr großen Krankheitsgruppe der Cyklothymien wurden ferner folgende engere diagnostische Gruppen ausgewählt:

- a) echte Cyklothymie, d.h. Kranke mit depressiven und manischen Phasen,
- b) endogene Depression,
- c) Manie.

Auch für diese drei Untergruppen des manisch-depressiven Formenkreises im engeren Sinne wurde der prozentuale Anteil der Jugendlichen gesondert berechnet, wobei männliches und weibliches Geschlecht getrennt berücksichtigt wurden.

Die gewonnenen Werte mußten nun mit dem prozentualen Anteil Jugendlicher in der Durchschnittsbevölkerung verglichen werden. Hierzu konnten die Unterlagen des Bayerischen Statistischen Landesamtes verwandt werden. Am 13. September 1950 wurde in Bayern eine allgemeine Volks- und Berufszählung durchgeführt, die einen Überblick über den Altersaufbau der Durchschnittsbevölkerung erlaubt. Allerdings dürften sich diese Zahlen in den letzten zehn Jahren bereits wieder verändert haben. Es wurde aber auch im Jahre 1950 in Bayern ein Mikrocensus erhoben, der einen Überblick über die Altersgruppierung der bayerischen Bevölkerung gibt. Leider ist die altersmäßige Gliederung der Bevölkerung in diesem Mikrocensus nur in Zehnjahresabschnitten erfolgt, so daß der genaue Prozentsatz der männlichen und weiblichen Bevölkerung unter dem 21. Lebensjahr aus dieser Volkszählung nicht ersichtlich ist. Unter Zugrundelegung des Altersaufbaus im Jahre 1950 konnte je-

doch auch für das Jahr 1959 ein verhältnismäßig exakter Schätzwert ermittelt werden, der für den Zweck unserer Untersuchungen genau genug erscheint. Das Jahr 1959, für welches diese Altersgruppierung errechnet wurde, liegt dabei genau in der Mitte unserer Fünfjahresperiode.

Auf der Grundlage dieser Ziffern konnte ein Vergleich zwischen der Altersgruppierung der Durchschnittsbevölkerung und dem altersmäßigen Aufbau unseres cyklothymen Krankenguts durchgeführt werden.

Die nächste Frage, auf die unsere Untersuchung abzielte, war die Geschlechtsverteilung der jugendlichen Cyklothymien. Hierbei wurde der Anteil des männlichen und weiblichen Geschlechts an den jugendlichen Cyklothymien mit der Geschlechtsverteilung der manisch-depressiven Erkrankungen des Erwachsenenalters verglichen.

Für alle weiteren Fragestellungen der folgenden Arbeit haben wir die Krankengeschichten von 40 Patienten zugrunde gelegt. Es erwies sich als zweckmäßig, dabei nicht ausschließlich die Krankenjournalle der in den genannten fünf Jahren aufgenommenen Patienten zu verwerten. Es wurden vielmehr in gewissem Umfang auch ältere Krankenblätter benutzt. In zwei Fällen wurden der Untersuchung die Krankheitsverläufe solcher Patienten zugrunde gelegt, die zwar zum Zeitpunkt ihrer Aufnahme in die Nervenlinik der Universität München das 21. Lebensjahr bereits überschritten hatten, bei denen aber eine frühere Phase schon im Jugendalter klinisch beobachtet worden war. Dieses Verfahren hatte den Vorteil, daß sich der Krankheitsverlauf über einen längeren Zeitraum erstreckte, so daß die für unsere Untersuchung wichtigen Tatsachen noch deutlicher zu Tage traten. Die Auslese der Krankengeschichten erfolgte nach rein zufälligen Gesichtspunkten. Die für die Diagnose maßgeblichen Kriterien dürften bei allen 40 Patienten verhältnismäßig einheitlich sein.

Die Durchsicht der 40 Krankenblätter wurde im wesentlichen nach folgenden Gesichtspunkten durchgeführt:

- I. Allgemeine Angaben
 1. Soziale Herkunft
 - a) Beruf des Vaters
 - b) Schulbildung
 2. Konstitution
 3. Primärpersönlichkeit
 4. Familiäre Belastung
- II. Dynamik der cyklothymen Phasen
 1. Auslösende Faktoren
 - a) Körperlicher Art
 - b) Seelischer Art
 2. Krankheitsbeginn
 3. Zahl der Phasen

4. Richtung der Phasen
 5. Dauer der Phasen
 6. Dauer des freien Intervalls
- III. Symptomgestaltung
1. Depressive Symptome
 - a) Vitalstörungen
 - b) Stimmung
 - c) Antriebsverhalten
 - d) Tagesschwankungen
 - e) Suicidalität
 - f) Depressive Wahninhalte
 - g) Sonstige depressive Symptome (Zwang, Epen: nahrung, Denknem-
mung, paranoische Gestaltung etc.)
 2. Manische Symptome
- IV. Soziale Auswirkungen der Erkrankung und Prognose.

D. ERGEBNISSE

I. Häufigkeit

In der Fünfjahresperiode von 1957 bis 1961 wurden wegen Krankheiten des manisch-depressiven Formenkreises aufgenommen:

586 männliche Patienten

1435 weibliche Patienten.

Von diesen Patienten hatten zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme das 22. Lebensjahr noch nicht erreicht:

15 männliche Patienten

39 weibliche Patienten.

Die jugendlichen Patienten sind also beim männlichen Geschlecht mit 2,6 %, beim weiblichen Geschlecht mit 2,7 % an der Gesamtzahl von Krankheiten aus dem cyklothymen Formenkreis beteiligt.

In dem Krankengut aus dem manisch-depressiven Formenkreis fanden sich unter der Bezeichnung:

1. "Cyklothymie" oder "manisch-depressive Erkrankung":

39 männliche Patienten, davon 5 unter 21 Jahren (12,8 %)

113 weibliche Patienten, davon 14 unter 21 Jahren (12,4 %).

2. "endogene Depression":

414 männliche Patienten, davon 8 unter 21 Jahren (1,9 %)

876 weibliche Patienten, davon 23 unter 21 Jahren (2,6 %).

3. "Manie":

31 männliche Patienten, davon 2 unter 21 Jahren (6,5 %)

44 weibliche Patienten, davon 2 unter 21 Jahren (4,5 %).

Die altersmäßige Verteilung innerhalb der einzelnen Krankheitsformen ist aus der folgenden Tabelle ersichtlich:

TABELLE I:

	männliche Jugendliche unter 21 Jahren	weibliche Jugendliche unter 21 Jahren
Cyklothymie	12,8 %	12,4 %
endogene Depression	1,9 %	2,6 %
Manie	6,5 %	4,5 %

Es soll nun versucht werden, diesen Zahlen den prozentualen Anteil der Jugendlichen in der Durchschnittsbevölkerung gegenüberzustellen. Wir haben hierfür die

Volkszählung des Bayerischen Statistischen Landesamtes aus dem Jahre 1959 verwandt und in der auf Seite 15 angegebenen Weise unter Mitverwendung der Zählung des Jahres 1950 folgende Zahlen errechnet:

TABELLE II: Altersgruppierung der bayerischen Bevölkerung im Jahre 1959

	männlich	weiblich	Summe
unter 21 Jahren	1.951.000	1.432.000	3.383.000
über 21 Jahren	2.329.000	3.575.000	5.904.000
Summe	4.280.000	5.007.000	9.287.000

Diese statistischen Angaben erlauben es nun, den prozentualen Anteil der Jugendlichen an der Gesamtzahl manisch-depressiver Erkrankungen mit dem Altersaufbau der bayerischen Bevölkerung im Jahre 1959 zu vergleichen. Das Ergebnis dieses Vergleiches ist aus der folgenden Tabelle zu entnehmen:

TABELLE III:

Anteil der männlichen Jugendlichen unter 21 Jahren an der Gesamtzahl männlicher Erkrankter 2,6 %	Anteil der weiblichen Jugendlichen unter 21 Jahren an der Gesamtzahl weiblicher Erkrankter 2,7 %
Anteil der männlichen Jugendlichen unter 21 Jahren an der männlichen bayerischen Gesamtbevölkerung 1959 45,6 %	Anteil der weiblichen Jugendlichen unter 21 Jahren an der weiblichen bayerischen Gesamtbevölkerung 1959 28,6 %

II. Geschlechtsverteilung

Von den in der genannten Fünfjahresperiode aufgenommenen jugendlichen Cyklothymien waren

39 weiblichen und

15 männlichen

Geschlechts.

An der Gesamtzahl der jugendlichen Cyklothymien waren also die Mädchen mit 72,2 %, die jungen Männer mit 27,8 % beteiligt. Dagegen betrug die Anzahl der Erkrankten, die das 22. Lebensjahr bereits überschritten hatten, bei den Männern 571, bei den Frauen 1396. Das Verhältnis ist hier 29,0 % Männer zu 71,0 % Frauen.

Es ergibt sich somit folgende Differenz: der prozentuale Anteil der männlichen Jugendlichen an der Gesamtzahl der Cyklothymien ist um 1,2 % kleiner als der prozentuale Anteil der männlichen Erwachsenen; der prozentuale Anteil der weiblichen Jugendlichen ist um 1,2 % größer. Sofern bei der geringen Zahl der Beobachtungen überhaupt eine statistische Aussage möglich ist, besteht also eine erstaunliche Übereinstimmung der Geschlechtsverteilung jugendlicher Cyklothymien mit derjenigen manisch-depressiver Erkrankungen des Erwachsenenalters.

Diese Zahlen sind auf der folgenden Tabelle noch einmal übersichtlich zusammengestellt:

TABELLE IV:

	unter 21 Jahren	über 21 Jahren
weiblich	39 = 72,2 %	1396 = 71,0 %
männlich	15 = 27,8 %	571 = 29,0 %
	100,0 %	100,0 %

Zusammenfassend ergibt sich also, daß das deutliche Überwiegen des weiblichen Geschlechts, wie es für die manisch-depressiven Erkrankungen des Erwachsenenalters charakteristisch ist, in gleicher Weise für die jugendlichen Cyklothymien gilt.

III. Konstitution

Von den 40 Krankengeschichten, die zum Zwecke einer genauen Untersuchung eingehend durchgesehen wurden, waren nur in 16 Fällen Angaben über die Konstitution der Patienten enthalten. Dabei fanden sich folgende Vermerke:

leptosom:	bei 8 Patienten
pyknisch:	bei 5 Patienten
athletisch:	bei 3 Patienten.

IV. Soziale Herkunft

Bei der Beurteilung der sozialen Herkunft sind wir von zwei Kriterien ausgegangen, nämlich dem Beruf des Vaters und dem Bildungsgrad des Patienten selbst.

1. Beruf des Vaters

Verwertete Krankengeschichten	40
Davon enthalten Angaben über den Beruf des Vaters	33

Hiervon entfallen auf	
a) ungelernete Arbeiter	2 Kranke
b) untere Beamte, Büroangestellte, angestellte Handwerker, Bauern	11 Kranke
c) mittlere Beamte, angestellte Kaufleute, leitende Büroangestellte, selbständige Handwerker, Großbauern	9 Kranke
d) Akademiker, höhere Beamte, selbständige Kaufleute, Fabrikanten, Gutsbesitzer	11 Kranke
2. <u>Bildungsgrad</u>	
Verwertete Krankengeschichten	40
Davon enthalten Angaben über den Bildungsgrad	40
Hiervon entfallen auf	
a) Hilfsschüler	1 Kranker
b) Volksschüler	22 Kranke
c) Mittelschüler	8 Kranke
d) Höhere Schüler	5 Kranke
e) Abiturienten	4 Kranke

V. Primärpersönlichkeit

Über die Primärpersönlichkeit fanden sich in zahlreichen Krankengeschichten nur sehr kursorische Angaben, so daß eine Auswertung praktisch kaum möglich ist. Wir konnten lediglich eine Unterteilung in folgende drei Gruppen vornehmen;

"heiteres" Temperament	bei 16 Kranken
"ernstes" Temperament	bei 16 Kranken
ernstes Temperament mit zwanghaften Zügen	bei 8 Kranken.

VI. Die familiäre Belastung

Verwertete Krankengeschichten	40
Davon enthalten Angaben über Familienanamnese	40
Keine familiäre Belastung	in 16 Fällen
<u>Familiäre Belastung</u>	<u>in 24 Fällen (60 %)</u>
Davon:	
<u>Belastung mit Cyklothymie</u>	in 15 Fällen
Davon:	
zusätzlich mit Schizophrenie	in 1 Fall
zusätzlich mit Schizophrenie und "Psychopathie"	in 1 Fall
zusätzlich mit "Psychopathie"	in 2 Fällen

<u>Belastung mit Suicid (Ursache unklar)</u>	in 5 Fällen
<u>Belastung ausschließlich mit Schizophrenie</u>	--
<u>Belastung ausschließlich mit "Psychopathie"</u>	in 4 Fällen

Diese Übersicht bedarf bezüglich des Begriffes der "Psychopathie" noch einer Erläuterung. Hier handelt es sich um einen sozial abgesunkenen, kriminell gewordenen Fortläufer, mehrere Querulanten, einen Alkoholiker, eine haltlose Prostituierte, einen hypochondrisch verschrobenen Einzelgänger und eine weitere Persönlichkeit, die sich wegen Sittlichkeitsdelikten strafbar machte.

VII. Auslösende Faktoren

Verwertete Krankengeschichten	40
Davon ehthalten Angaben über mögliche auslösende Faktoren	18
1. <u>Körperliche Faktoren</u>	in 10 Fällen bei 9 Kranken
Körperliche Krankheiten	8 mal
Operationen	1 mal
Unfälle	1 mal
2. <u>Seelische Faktoren</u>	in 7 Fällen bei 7 Kranken
Familienstreit	6 mal
Liebeskummer	1 mal
3. <u>Unspezifische Faktoren</u>	in 2 Fällen bei 2 Kranken
"Überarbeitung"	2 mal

Bei einer einzigen Patientin wurden zwei cyklothyme Krankheitsphasen jeweils durch eine andere körperliche Erkrankung ausgelöst. Bei allen anderen Kranken, die mehrere depressive oder manische Phasen durchgemacht haben, fand eine reaktive Auslösung jeweils nur bei einer einzigen Phase statt. Bei den erwähnten 19 Fällen, bei denen eine Auslösung durch reaktive Faktoren möglich erscheint, wurde in 14 Fällen eine depressive, in 4 Fällen eine manische Krankheitsphase und in einem Fall ein manisch-depressiver "Mischzustand" ausgelöst.

VIII. Krankheitsbeginn

Der durchschnittliche Krankheitsbeginn bei den 40 beobachteten Patienten liegt zwischen dem 18. und 19. Lebensjahr. Im einzelnen war der Krankheitsbeginn folgendermaßen verteilt:

Lebensalter	Zahl der Fälle
12 Jahre	1
14 Jahre	2
15 Jahre	7
16 Jahre	6
17 Jahre	4
18 Jahre	6
19 Jahre	8
20 Jahre	6
	40

IX. Zahl der Phasen

Von den 40 untersuchten Patienten haben 16 bisher nur eine Phase durchgemacht; dagegen haben 24 Kranke bereits mehrere Phasen gehabt.

X. Richtung der Phasen

Die Phasenrichtung ergibt sich aus folgender Übersicht:

1. <u>Einzig</u> e Phase		in 16 Fällen
a) depressiv	bei 15 Kranken	
b) manisch	bei 1 Kranken	
2. <u>Mehrere</u> Phasen		in 24 Fällen
a) ausschließlich depressive Phasen	bei 6 Kranken	
b) ausschließlich manische Phasen	bei 2 Kranken	
c) sowohl manische als auch depressive Phasen	bei 16 Kranken	

XI. Phasendauer

Die Berechnung der Phasendauer erwies sich bei allen unseren Patienten als außerordentlich schwierig. Sehr häufig gingen manische und depressive Phasen so unvermittelt ineinander über, daß sie nicht klar voneinander abgrenzbar waren. In vielen Fällen war es unmöglich zu entscheiden, ob es sich jeweils um eine längere oder um mehrere voneinander getrennte kürzere Krankheitsphasen gehandelt hat. Versucht man trotz all dieser Schwierigkeiten eine kursorische Be-

rechnung der Phasenlänge, so ergibt sich folgende Übersicht:

Durchschnittliche Phasendauer

Durchschnittliche Dauer sämtlicher Phasen	16, 2 Wochen
Durchschnittliche Dauer der depressiven Phasen	17, 3 Wochen
Durchschnittliche Dauer der manischen Phasen	15, 7 Wochen
Durchschnittliche Dauer der "Mischzustände"	11, 3 Wochen.

XII. Dauer des freien Intervalls

Auch hier sind die Angaben oft schwierig zu interpretieren. So war es im einzelnen Fall oft gar nicht feststellbar, ob während eines bestimmten Zeitraums tatsächlich ein "freies Intervall" vorlag, ob während dieser Periode doch noch leichtere manische oder depressive Schwankungen vorhanden waren. Versucht man auch hier trotz dieser Schwierigkeiten eine Berechnung, so gelangt man zu folgenden Ergebnissen:

Durchschnittliche Dauer des freien Intervalls

Durchschnittliche Dauer sämtlicher freier Intervalle	28, 4 Wochen
Durchschnittliche Dauer der Intervalle nach depressiven Phasen	36, 4 Wochen
Durchschnittliche Dauer der Intervalle nach manischen Phasen	18, 6 Wochen
Durchschnittliche Dauer der Intervalle nach "Mischzuständen"	29, 3 Wochen

XIII. Krankheitsdauer

Um eine Vorstellung von der Krankheitsdauer unserer Patienten zu bekommen, haben wir alle jene Kranken zusammengestellt, die bisher mehrere einigermaßen exakt berechenbare Krankheitsphasen gehabt haben. Bei diesen dreizehn Kranken haben wir die jeweilige Phasendauer zur gesamten Beobachtungszeit in Beziehung gesetzt, d. h. zu der Zeitspanne, die zwischen dem ersten auffälligen Krankheitstermin und der bisher letzten Nachuntersuchung des betreffenden Patienten liegt. Im einzelnen ergibt sich bei unseren Patienten folgendes Bild:

TABELLE V: Krankheitsdauer

Krbl. nummer	Beobachtungszeit	Phasendauer
644/62	632 Wochen	80 Wochen
12/62	167 Wochen	127 Wochen
67/61	39 Wochen	38 Wochen
176/62	114 Wochen	66 Wochen
910/62	214 Wochen	46 Wochen
175/62	43 Wochen	19 Wochen
900/62	84 Wochen	32 Wochen
1758/60	147 Wochen	63 Wochen
1390/61	231 Wochen	63 Wochen
1168/61	181 Wochen	61 Wochen
1583/61	325 Wochen	157 Wochen
667/62	182 Wochen	42 Wochen
1221/57	268 Wochen	116 Wochen
=====		
Durchschnitt	202 Wochen	70 Wochen

XIV. Die Symptome

Bei der Analyse der verschiedenen Krankheitssymptome unserer Patienten zeigte sich, daß sich die einzelnen depressiven und manischen Krankheitsphasen bei ein und demselben Patienten stets außerordentlich ähnlich waren. Aus diesem Grunde haben wir darauf verzichtet, bei der Auszählung verschiedener Symptome von deren Vorkommen in der einzelnen Phase auszugehen und haben statt dessen jedes Krankheitssymptom, das in verschiedenen aufeinanderfolgenden Phasen bei demselben Patienten vorkam, immer nur ein einziges Mal gezählt. Wenn also im Folgenden etwa davon die Rede ist, daß wir in 27 Fällen eine Schlafstörung fanden, so bedeutet dies, daß 27 Patienten während einer oder mehrerer depressiver Phasen über diese Störung klagten, während dasselbe Symptom bei den übrigen Patienten in allen depressiven Phasen vermißt wurde. Eine gewisse Modifikation erfuhren die Krankheitssymptome bei ein und demselben Patienten durch das jeweilige Lebensalter. So fanden sich eine Reihe von depressiven Symptomen bei später einsetzenden Phasen - etwa jenseits des sechzehnten Lebensjahres - häufiger als bei bereits früher auftretenden Depressionen; dies gilt vor allem für die Selbstvorwürfe, die Entfremdungserlebnisse und für die Suicidalität.

Nach dieser Vorbemerkung kommen wir zu einer Betrachtung der einzelnen Krankheitssymptome.

1. Depressive Phasen

a) Die Einzelsymptome

aa) Stimmung

Bei 31 Patienten wird ausdrücklich die depressive Verstimmung vermerkt, bei 25 Patienten ängstliche Verstimmtheit. Depression und Angst gehen bei den Kranken oft Hand in Hand.

bb) Vitalstörungen

Über Schlafstörungen wird bei 27 Patienten berichtet, über eine Beeinträchtigung des Appetits in 21 Fällen. Bei 2 Kranken ist es zu einem deutlichen Gewichtsverlust gekommen. Über ein Nachlassen der Libido sprechen lediglich 3 Kranke. Unter den leiblichen Mißempfindungen stehen Beschwerden von Seiten des Kopfes bei unseren Patienten im Vordergrund; 12 Kranke klagen ausdrücklich darüber. An zweiter Stelle folgt der "Druck auf der Brust" (8 Kranke). Über Verstopfung klagen 9, über sonstige abdominelle Beschwerden 7 Patienten. In 3 Fällen wird ein Globusgefühl angegeben; 2 Kranke berichten über unangenehme Herzsensationen.

cc) Antriebsverhalten

27 unserer Kranken zeigten nach dem Krankenblatt eine deutliche psychomotorische Hemmung. In 22 Fällen klagen die Kranken dagegen über agitierte innere Unruhe, die in der Regel auch in dem äußeren Verhalten der Patienten zum Ausdruck kam.

dd) Tagesschwankungen

Tagesschwankungen sind in 15 Fällen angegeben. Dabei handelt es sich ausnahmslos um ein morgendliches Tief der Stimmung oder des Antriebs.

ee) Suicidalität

21 Kranke berichten über Selbstmordgedanken. Selbstmordversuche sind in 8 Fällen belegt.

ff) Depressive Wahnhalte

21 Patienten berichten über Selbstvorwürfe, 7 weitere über ausgeprägte Versündigungsideen. Über angedeutete Verarmungsideen wird in 2 Fällen, über hypochondrische Befürchtungen bei 8 Kranken gesprochen.

gg) Weitere depressive Symptome

Hier ist insbesondere das Phänomen der Denkhemmung zu erwähnen, das von 20 unserer Kranken ausdrücklich vorgebracht wird. Bei 14 Patienten sind anankastische Züge in das Krankheitsbild verflochten, in der Mehrzahl der Fälle nicht in sehr ausgeprägter Form, sondern mehr als Akzentuierung bereits in der Anlage gegebener Charaktereigenheiten. Das gleiche gilt für die Entfremdungserlebnisse, die von 14 Patienten angegeben wurden. Auch hier handelt es sich im allgemeinen nicht um ausgeprägte Depersonalisations- und Derealisationserlebnisse, sondern eher um eine Abblässung der Wahrnehmungswelt oder das Erlebnis der Gleich-

gültigkeit oder um einen Gefühlsverlust den nächsten Angehörigen gegenüber. Nur in einem Fall stand die Entfremdung im Vordergrund der psychopathologischen Erscheinungen. In 8 Fällen bestanden paranoide Ideen. Hierbei handelte es sich meistens um relativ vage Verfolgungs- und Vergiftungsideen, abnorme Beziehungsetzungen oder Beeinflussungsgefühle, die auf dem Höhepunkt der depressiven Phase sich intensivierten und in einigen Fällen zunächst fälschlicherweise zur Annahme einer Schizophrenie führten. Hierfür einige charakteristische Beispiele:

Helga Sch. fühlt sich auf dem Höhepunkt ihrer Depression verfolgt und vergiftet. -

Marianne M. glaubt in ihrer Depression, daß man überall über sie rede. -

Hedda P., bei deren Depression Entfremdungsgefühle eine entscheidende Rolle spielen, glaubt ihre Derealisationserscheinungen als Hypnose verstehen zu müssen und klagt darüber, daß man ihren freien Willen wegnehme; sie fühlt sich unter dem Bann des Teufels, der ihr eine Zauberbrille verliehen habe, durch die sie die Welt verändert wahrnehme. -

Kurt S. äußert während seiner ersten depressiven Phase Verfolgungsideen und stellt verschiedene krankhafte Eigenbeziehungen her: "Hier wird ein Massenmord betrieben, hier sind lauter Leichen . . . , ich weiß, was hier gespielt wird. " -

b) Abhängigkeit der depressiven Symptome von verschiedenen Faktoren

aa) Geschlecht

Die einzelnen depressiven Symptome wiesen beim männlichen und weiblichen Geschlecht eine sehr ähnliche Verteilung auf. Eine Ausnahme hiervon machte lediglich die Suizidalität. Von 29 weiblichen Kranken berichteten 16, von 8 männlichen Kranken 6 über Selbstmordgedanken. Die Suizidalität war also unter den männlichen Jugendlichen größer.

bb) Schulbildung

Auch der Grad der Schulbildung scheint sich auf einige depressive Erscheinungen auszuwirken. Bei den Oberschülern sind Ängstlichkeit, psychomotorische Hemmung, Suizidalität, Selbstvorwürfe und Versündigungsgefühl häufiger als bei den Volks- und Mittelschülern; das gleiche gilt für die Denkhemmung. Dagegen scheint die Hypochondrie unter den Volks- und Mittelschülern etwas mehr vertreten. Kein deutlicher Unterschied ergab sich bei den Zwangssymptomen und bei den Entfremdungserlebnissen.

cc) Abhängigkeit vom unipolaren (nur depressive Phasen) oder bipolaren (manische und depressive Phasen) Verlauf

Hierbei ergeben sich folgende Abhängigkeiten: bei den unipolaren Krankheitsverläufen häufiger: Kopfschmerzen, Appetitlosigkeit, Zwangs-

erscheinungen; bei den bipolaren Verläufen häufiger: Angst, paranoische Ideen.

Die übrigen depressiven Symptome sind statistisch etwa gleich verteilt.

dd) Primärpersönlichkeit

Hier fällt auf, daß Suicidalität und Selbstvorwürfe während der depressiven Phasen bei prämorbid als heiter geschilderten Persönlichkeiten häufiger vorkommen. Von den 16 prämorbid eher heiteren Patienten litten 10 unter Selbstmordideen und Selbstvorwürfen; bei den 24 als eher ernst dargestellten Patienten fanden sich während der Depression 11 mal Suicidgedanken, 12 mal Selbstvorwürfe. Versündigungsideen sind bei den ernstesten Naturen häufiger; das gleiche gilt für Denkhemmung, Zwang und paranoische Befürchtungen.

2. Symptomgestaltung der manischen Phasen

Die Symptomgestaltung der verschiedenen manischen Phasen weicht wenig von dem Bild stilreiner Manien des Erwachsenenalters ab. Die meisten der in den Krankengeschichten beschriebenen Patienten entwickeln plötzlich einen bis dahin unbekannten Schwung, entfalten eine große Betriebsamkeit, machen großspurige berufliche Pläne, fallen in der Schule oder auf dem Arbeitsplatz durch vorlaute, anmaßende Äußerungen auf, wirken im Elternhaus widerspenstig und trotzig, mitunter auch widersetzlich und boshaft. In einzelnen Fällen kommt es zu erotischen Annäherungen. Kriminelle Handlungen sind bei keinem unserer Kranken beobachtet worden. Die im Schrifttum häufig erwähnten hebephrenen oder katatoniformen Verhaltensweisen waren nur äußerst selten vorhanden. Bei den Patienten mit einem bipolaren Krankheitsverlauf sind manisch-depressive Mischzustände besonders häufig, vor allem in der Form depressiver Beimengungen zu einem vorwiegend manischen Zustandsbild oder eines gereizten Kolorits der Depression. Gelegentlich kommt es zu paranoiden Zügen, die dann häufig zur Fehldiagnose einer schizophrenen Psychose Anlaß geben, wie etwa in den folgenden Fällen:

Annemarie H. sieht sich in ihrer manischen Phase von wohlhabenden und vornehmen Freiern umworben. Graf T., der ihr in besonderer Weise erotisch nachstellt, läßt zahlreiche gelbe Autos an ihr vorbeifahren, in denen sie eine Verheißung künftigen Glücks zu erblicken glaubt. In allen möglichen Personen ihrer Umgebung vermutet sie den in tausend Gestalten gekleideten Liebhaber. -

Bei Ilse F. bestand ein religiöser Wahn mit ekstatischen Glücksgefühlen; sie wählte sich von Gott erwählt und berufen und war von einem prophetischen Sendungsbewußtsein erfüllt. Auch hier wurde zunächst die Diagnose einer Schizophrenie gestellt. -

XV. Der Krankheitsverlauf

Charakteristisch für den Krankheitsverlauf der von uns beobachteten jugendlichen Cyklothymien ist der rasche Wechsel manischer und depressiver Phasen; in zahlreichen Fällen kommt es im Verlauf einer einzigen stationären Beobachtung mehrmals zu einem Phasenumschwung. In drei Fällen tritt der Umschlag der Stimmung innerhalb weniger Stunden oder Tage auf, so daß hier innerhalb ein und derselben Krankheitsphase manische und depressive Erscheinungen unablässig miteinander abwechseln. Wie bereits erwähnt treten unter diesen Umständen auch häufig manisch-depressive Mischzustände auf, ein derartiges Mischbild wurde insgesamt achtmal beobachtet.

XVI. Die diagnostischen Schwierigkeiten

Die erste depressive oder manische Krankheitsphase wurde von den Angehörigen des Kranken, dem einweisenden Arzt und der Klinik in vielen Fällen nicht richtig erkannt. Dies geht aus den folgenden Zusammenstellungen hervor:

1. Erkennung durch die Angehörigen

Erste manische oder depressive Krankheitsphase von den

Angehörigen nicht als Krankheit erkannt;

in 12 Fällen

Als Krankheit erkannt und ärztlicher Behandlung zugeführt:

in 28 Fällen

40 Fälle

2. Diagnose des einweisenden Arztes

Schizophrenie

in 13 Fällen

Pubertätskrise

in 2 Fällen

Psychogener Stupor

in 1 Fall

Kopfschmerz unklarer Genese

in 1 Fall

Depressive Verstimmung

in 7 Fällen

Fragliche endogene Psychose

in 6 Fällen

Endogene Depression

in 5 Fällen

Keine Einweisungsdiagnose

in 5 Fällen

40 Fälle

3. Diagnose der Klinik oder Anstalt beim Abschluß des ersten stationären Aufenthaltes

Richtige Diagnose einer endogenen Depression, Cyklothymie oder Manie;

in 28 Fällen

Entwicklungskrise

in 2 Fällen

Stuporöses Zustandsbild

in 1 Fall

Schizophrenie

in 9 Fällen

(Hier wurde fünfmal eine manische Phase mit einem schizophrenen Schub verwechselt, viermal eine depressive Phase.)

40 Fälle

XVII. Soziale Auswirkungen

Über die sozialen Auswirkungen der manischen und depressiven Erkrankung im Jugendalter geben unsere Krankengeschichten leider nicht in allen Fällen erschöpfende Auskunft. In mehreren Fällen führt die manische Phase zu Streitigkeiten in der Schule und am Arbeitsplatz. Die Depression zu Lernschwierigkeiten und zum zwangsweisen Wiederholen einer Schulklasse. Bei einigen Kranken kommt es durch wiederholte manische Krankheitsphasen zur bleibenden Entfremdung von den Angehörigen; in einem anderen Fall tritt bei einem unserer jungen Patienten auf Grund seiner krankheitsbedingten Unselbständigkeit eine vermehrte Bindung an das Elternhaus und eine hochgradige Abhängigkeit von der Mutter auf, woraus sich viele Konflikte ergeben. Derselbe hochbegabte Patient hat trotz mehrerer cyklothymen Krankheitsphasen zwar sein Abitur noch mit Auszeichnung bestanden, leidet aber seit zwei Jahren unter einer so heftigen depressiven Nachschwankung, daß er noch keinerlei Ausbildung beginnen konnte; dies ist die Quelle für weitere depressive Insuffizienzgefühle.

XVIII. Prognose

Die Beobachtungszeit bei unseren jungen Patienten ist zu kurz, um zur Frage der Prognose Stellung nehmen zu können. Ein großer Teil der Fälle ist in den vergangenen Jahren immer wieder in unserer Klinik aufgenommen worden; bei den übrigen Patienten, die uns in den letzten Jahren nicht mehr aufgesucht haben, ist uns über die Katamnese nichts bekannt. Soweit wir wissen, ist keiner der jugendlichen Patienten durch einen Suicid geendet.

Hinsichtlich der Häufigkeit jugendlicher Cyklothymien unterstreichen unsere Untersuchungen die Beobachtungen des Schrifttums, wonach Cyklothymien im Kindesalter selten sind. Bei einem Vergleich des altersmäßigen Aufbaus der bayerischen Bevölkerung im Jahre 1950 mit der Altersverteilung manisch-depressiver Erkrankungen in unserer Klinik zeigt sich, daß der Anteil der Jugendlichen an der Gesamtzahl cyklothymischer Erkrankungen wesentlich geringer ist, als dies auf Grund des Anteils der Jugendlichen am Bevölkerungsaufbau vielleicht erwartet werden könnte. Dieser niedrige Prozentsatz kommt vor allem dadurch zustande, daß in dem von uns untersuchten Fünfjahresabschnitt nur drei Kinder unter dem 15. Lebensjahr mit einer Erkrankung aus dem cyklothymen Formenkreis in die Nervenklinik aufgenommen wurden. Die Tatsache, daß die Klinik nicht über eine eigene kinderpsychiatrische Abteilung verfügt, führt wahrscheinlich dazu, daß der Anteil der jugendlichen manisch-depressiven Erkrankungen noch etwas niedriger liegt, als dies sonst der Fall wäre, andererseits müssen aber auch die zahlenmäßig nicht seltenen Cyklothymien des höheren Lebensalters oft auf Grund des in der Klinik bestehenden Bettenmangels in ein Nervenkrankehaus überwiesen werden.

Die Geschlechtsverteilung der jugendlichen Cyklothymien unterscheidet sich nicht von der bei den manisch-depressiven Erkrankungen des Erwachsenenalters. Das zahlenmäßige Überwiegen der weiblichen Cyklothymien wird oft damit in Zusammenhang gebracht, daß die Generationsvorgänge - wie Schwangerschaft, Wochenbett und Klimakterium - für das Zustandekommen vieler Depressionen beim weiblichen Geschlecht verantwortlich seien. Dagegen zeigen unsere Beobachtungen, daß dieses Überwiegen des weiblichen Geschlechts bei den manisch-depressiven Erkrankungen des Kindes- und Jugendalters schon in gleicher Weise festzustellen ist.

Über die Konstitution unserer Probanden läßt sich bei der geringen Zahl entsprechender Angaben keine verwertbare Aussage machen. Auffallend scheint allerdings das Überwiegen des leptosomen Habitus. Anthropometrische Messungen wurden aber sicherlich in keinem einzigen Fall durchgeführt. Auf Grund des flüchtigen Eindruckes wird man bei Jugendlichen wahrscheinlich öfter den asthenischen Körperbau feststellen als bei Erwachsenen. Aus diesem Grunde können wir diesem Ergebnis keine Bedeutung beimessen.

Was die soziale Herkunft betrifft, so entstammen unsere Probanden in der Mehrzahl höheren sozialen Schichten. Von 27 Patienten über die entsprechende Angaben vorliegen, sind 11 Kinder von Akademikern, höheren Beamten, selbständigen Kaufleuten, Fabrikanten und Gutsbesitzern; 9 weitere stammen aus Familien von mittleren Beamten, Angestellten, Kaufleuten, leitenden Büroangestellten, selbständigen Handwerkern und Großbauern. Die untere soziale

Schicht ist dagegen in deutlich geringerer Anzahl vertreten. Etwas weniger augenfällig wird dieser Unterschied, wenn man als Kriterium der sozialen Herkunft nicht den Beruf des Vaters, sondern den Grad der Schulausbildung des Patienten selbst ansieht. Diese Ergebnisse decken sich mit den Befunden, welche DIETRICH bei der Analyse von Depressionen des Erwachsenenalters erhoben hat.

Über die Primärpersönlichkeit der Kranken läßt sich wegen der verhältnismäßig globalen Krankenblatteinträge nur wenig sagen. Bemerkenswert ist sicherlich die Tatsache, daß bei 8 der 40 Patienten ausdrücklich zwanghafte Züge in der Primärpersönlichkeit beschrieben sind. Auffallend ist auch das hohe Maß an Ehrgeiz und Bildungsstreben, das der Mehrzahl der Probanden - unabhängig von ihrer sozialen Herkunft - eigen ist.

Eine familiäre Belastung mit psychischer Abnormität ist in 24 Fällen, also bei 60 % der Probanden vorhanden. Wenn man berücksichtigt, daß es sich hierbei um Angaben handelt, die im Rahmen eines klinischen Routinebetriebs gewonnen wurden, so ist diese Zahl gewiß als sehr hoch zu veranschlagen. Dies könnte dafür sprechen, daß gerade die hereditär bedingten manisch-depressiven Krankheitsfälle zu einer relativ frühzeitigen Manifestation neigen.

Auslösende Faktoren spielten wider Erwarten eine nur geringe Rolle. Angaben über mögliche auslösende Faktoren wurden von den Probanden und ihren Angehörigen nur in 19 Fällen (bei 18 Patienten) gemacht. Dabei waren körperliche Faktoren in größerer Anzahl vertreten. Nur in diesen Fällen, wo der manischen oder depressiven Erkrankung ein akutes körperliches Leiden, eine Operation oder ein Unfall vorangegangen war, konnte auch objektiv eine echte "Auslösung" in Erwägung gezogen werden; dagegen waren die seelischen Ursachen, die von den Probanden selbst als auslösender Faktor angegeben wurden, meist recht vager, unbestimmter Natur und schienen sehr häufig nicht in einem adäquaten zeitlichen und ursächlichen Verhältnis zu der depressiven oder manischen Verstimmung zu stehen.

Berücksichtigt man das jugendliche Alter unserer Probanden, so war die Zahl der Phasen hoch. Über die Hälfte - nämlich 22 - der Patienten hat vor dem 21. Lebensjahr bereits mehr als eine Phase durchgemacht. Dabei handelt es sich wieder in der Mehrzahl der Fälle, nämlich bei 15 Kranken, um einen bipolaren Verlauf. Diese Häufigkeit zirkulärer Krankheitsverläufe kommt auch in einer anderen Zahl zum Ausdruck: während der prozentuale Anteil der Jugendlichen an der Gesamtzahl endogener Depressionen 2,4 % beträgt, sind die jugendlichen Patienten an der Gesamtzahl biphasisch cyklothymen Erkrankungen mit 12,5 % beteiligt.

Die Phasendauer lag bei den jugendlichen Kranken erheblich niedriger als bei den Erwachsenen. Die durchschnittliche Phasendauer betrug 16,2 Wochen, wobei ein wesentlicher Unterschied zwischen der manischen und depressiven Krankheitsphasen nicht bestand. Zahlreiche Phasen waren aber noch erheblich kürzer;

in einigen Fällen kann es innerhalb weniger Stunden über Tage zum Umschlag einer manischen in eine depressive Phase oder umgekehrt. In vielen Fällen waren depressive und manische Phasen auch derart ineinander verflochten, daß man nur von einem manisch-depressiven Mischzustand sprechen konnte. Alle diese Beobachtungen stehen in guter Übereinstimmung mit den Angaben des Schrifttums; von den meisten Autoren wird die kurze Phasendauer und der rasche Phasenwechsel hervorgehoben.

Bei der Berechnung der Dauer des freien Intervalls kamen wir zu einem überraschenden, in der Literatur bisher noch nicht mitgeteilten Ergebnis. Es zeigte sich nämlich, daß das freie Intervall nach einer depressiven Phase durchschnittlich etwa doppelt so lang war wie nach einer manischen Erkrankung. Das mußte unbedingt an einem größeren Krankengut nachgeprüft werden.

Die Krankheitssymptome der depressiven Phasen unterschieden sich zwar qualitativ nicht von denen des Erwachsenenalters, in der prozentualen Häufigkeit einzelner Symptome fielen aber doch gewisse Unterschiede auf. Das Vorhandensein von Suicidideen war bei über der Hälfte der Fälle im Krankenblatt ausdrücklich vermerkt. Bei 21 Kranken waren Selbstvorwürfe, bei 7 Versündigungsideen vorhanden. Das Thema der Schuld und Versündigung tauchte also bei über 50 % der jugendlichen Cyklothymen auf. Ebenso etwa die Hälfte der Probanden klagte über eine Denkhemmung; dieses Symptom nahm bei der Gestaltung der Depression oft eine beherrschende Rolle ein. Zwangsercheinungen waren bei 13 von 40 Patienten vorhanden; auch diese Zahl ist zweifellos größer als bei den Depressionen der Erwachsenen, bei denen LAUTER unter 4072 depressiven Patienten 72 anankastische Depressive fand. Das gleiche gilt für die Entfremdungserlebnisse, die - wenigstens in angedeuteter Form - bei 14 Kranken vorkamen. Unter den Vitalstörungen überwogen deutlich Störungen im Bereich des Kopfes; erst an zweiter Stelle wurde der "Druck auf der Brust" angegeben.

Paranoische Züge traten bei 8 Fällen in Erscheinung, auch diese Zahl liegt höher als das bei den Depressionen des Erwachsenenalters der Fall ist. Derartige paranoide Beimengungen waren die häufigste Ursache für die diagnostische Verknennung der jugendlichen Cyklothymie: die Angaben des Probanden über Verfolgungsidee, Vergiftungsfurcht, abnorme Bedeutungserlebnisse und Hypnosegefühl führten oft fälschlicherweise zur Annahme einer schizophrenen Psychose. Sinnes-täuschungen auf optischem, akustischem oder haptischem Gebiet waren in keinem Fall mit Sicherheit nachweisbar.

Die Abhängigkeit der Symptomgestaltung von verschiedenen Faktoren - wie Geschlecht, Lebensalter, soziale Herkunft, Primärpersönlichkeit, unipolarer oder bipolarer Verlauf der Erkrankung - wurde eingehend untersucht. Hier lassen sich zwar einige interessante Zusammenhänge diskutieren, im Ganzen reicht aber die Zahl der beobachteten Fälle doch nicht aus, um die pathoplastische Bedeutung dieser Faktoren zu verifizieren.

Bei der Symptomgestaltung der manischen Phasen fällt die Ähnlichkeit mit den stillen Manien des Erwachsenenalters auf. Die von BÜRGER-PRINZ, V. STOCKERT, ZEH und anderen hervorgehobenen atypischen Gestaltungen traten bei unseren Probanden weniger in Erscheinung. Katatoniforme oder hebefrene Verlaufstypen konnten wir nicht beobachten. Dagegen waren auf dem Höhepunkt insbesondere der Manien in einzelnen Fällen wahnhafte Eigenbeziehungen und andere paranoide Erlebnisse vorhanden; derartige Erscheinungen gehören nach K. KOLLE (1960) zum normalen Bild manischer Psychosen, führen aber besonders häufig zu diagnostischen Fehlinterpretationen.

Die zylothymen Erkrankungen des Jugendalters bieten oft erhebliche diagnostische Schwierigkeiten. Auch in dieser Hinsicht stimmen unsere Beobachtungen mit den Untersuchungen früherer Autoren gut überein. Manisch-depressive Psychosen werden bei ihrem ersten Auftreten auch in der Klinik oft verkannt. Am häufigsten ist dabei die Fehldiagnose einer Schizophrenie.

Über den Krankheitsverlauf manisch-depressiver Erkrankungen im Jugendalter kann die vorliegende Untersuchung sehr wenig aussagen. Bei einer großen Zahl zylothymen Früherkrankungen kommt es während der Pubertät zu mehreren Krankheitsphasen, die nur von relativ kurzen freien Intervallen unterbrochen werden. Das Lebensschicksal der Patienten wird durch diese häufigen Krankheitsphasen entscheidend geprägt; das Erreichen des geplanten Berufszieles wird in den meisten Fällen verzögert, bei vielen Probanden völlig verhindert. Ob es - wie BÜRGER-PRINZ meint - nach der Pubertät zu einem länger dauernden rezidivfreien Stadium kommt, können wir nicht beurteilen, auch die weitere Prognose scheint uns ungewiss.

Wie sich aus einer Übersicht über das psychiatrische Schrifttum ergibt, haben die manisch-depressiven Erkrankungen des Kindes- und Jugendalters schon von jeher das Interesse der psychiatrischen Forschung in Anspruch genommen. Aus diesem Grunde wurden aus den Diagnosebüchern der Nervenlinik der Universität München 40 jugendliche Kranke ermittelt, die in den letzten Jahren wegen Krankheiten des manisch-depressiven Formenkreises aufgenommen wurden. Ein genauer zahlenmäßiger Vergleich zwischen dem Altersaufbau der bayerischen Bevölkerung und der Altersverteilung cyklothymier Erkrankungen in unserer Klinik ergab eine Bestätigung für die von allen früheren Autoren hervorgehobene Seitenheit cyklothymier Erkrankungen des frühen Jugendalters. Das psychopathologische Erscheinungsbild jugendlicher endogener Depressionen und Manien ist durch den meist biphasischen Verlauf, die verhältnismäßig kurze Phasendauer und den raschen Wechsel manischer und depressiver Krankheitsphasen gekennzeichnet. Eine erbliche Belastung ist in der Mehrzahl der Fälle nachweisbar. Die sozial höheren Schichten der Bevölkerung scheinen in größerem Maße von der Erkrankung betroffen. Die Krankheitssymptome sind von denen der Cyklothymie Erwachsener qualitativ nicht unterschieden. Einige Symptome spielen aber eine besondere Rolle, können zu atypischen Gestaltungen führen und dann diagnostische Fehlinterpretationen hervorrufen. Auch in den von uns beobachteten Fällen wurde die depressive oder manische Ersterkrankung nicht selten mit einer schizophrenen Psychose wechselt.

G. LITERATURVERZEICHNIS

- BACH, W.: Beiträge zur Symptomatologie der manisch-depressiven Erkrankungen bei jugendlichen Patienten. Allgem. Zschr. Psychiat. 120, 193 (1942).
- BERKHAN, K.: Irresein bei Kindern. Korrespbl. deutsch. Ges. f. Psychiat. u. gerichtl. Psychol. 10, 65 (1863).
- BLUM, K.: Psychosen im Kindesalter. Ergebn. d. Inn. Medizin u. Kinderheilk. Bd. 44, Berlin 1932.
- BÜRGER-PRINZ, H.: Der Beginn der Erbpsychosen. Nervenarzt 8, 617 (1935).
- CAMPBELL, J. D.: Manic depressive Psychosis in Children. J. Nerv. Ment. Disease 116, 424 (1952).
- CREAK, E. M.: A Letter. The Nervous Child. 9, 317 (1952).
- DIETRICH, H.: Analyse sozio-kultureller Faktoren bei depressiven Patientinnen. Confin. psychiat. 4, 110 (1961).
- EMMINGHAUS, H.: Die psychischen Störungen des Kindesalters. Tübingen 1887.
- FRIEDMANN, M.: Zur Kenntnis der affektiven Psychosen des Kindesalters, insbesondere der milderer Formen. Mschr. Psychiat. Neurol. 26, 36 (1909).
- HALL, M. B.: Our Present Knowledge about Manic-Depressive States in Childhood. The Nervous Child. 9, 319 (1952).
- HANSELMANN, B.: Lehrbuch der Psychopathologie des Kindesalters. Zürich 1948.
- HARMS, E.: Manic-Depressive Disease in Childhood. The Nervous Child. 9, 326 (1952).
- HOMBURGER, A.: Vorlesungen über Psychopathologie des Kindesalters. Berlin 1926.
- HUTTER, A.: Endogene und funktionelle Psychosen bei Kindern in den Pubertätsjahren. Zschr. f. Kinderpsychiat. S. 129 (1938/39).
- KANNER, L.: Review of Psychiatric Progress 1950/51: Child Psychiatry and Mental Deficiency. Am. J. Psychiat. 107, 526 (1951).
- KOLLE, K.: Die endogenen Psychosen - das delphische Orakel der Psychiatrie. J. F. Lehmanns Verlag: München 1955.
- KRAEPELIN, E.: Psychiatrie, III. Band. 8. Aufl. Verl. J. A. Barth, Leipzig 1913.
- LANDWEHR, E.: Ein Beitrag zu dem Problem der Cyklothymie im Kindesalter. Inaug. Diss. Marburg/L. 1953.

- LAUTER, H.: Die endogenen und exogenen Geisteskrankheiten und die anankastisch-depressive Konstitution. In: Handb. d. Geisteskrh. Hrsg. O. Bumke 6. Band, Spez. Teil II. Springer: Berlin 1928.
- LAUTER, H.: Die anankastische Depression. Arch. f. Psychiat. u. Zschr. f. d. ges. Neurol. 203, 433 (1962).
- MOREAU, P.: Der Irrsin im Kindesalter. Stuttgart 1889.
- RÜMKE, H. C.: Über Psychosen bei Kindern, in Zusammenhang mit einigen Problemen der klinischen Psychiatrie betrachtet. Zschr. ges. Neurol. Psychiat. 114, 113 (1928).
- SPIEL, W.: Die endogenen Psychosen des Kindes- und Jugendalters, Bibliotheca Psychiatrica et Neurologica. Suppl. ad Psychiatria et Neurologia. Fasc. 113 (1961).
- STOCKERT, F. G. von: Einführung in die Psychopathologie des Kindesalters. 2. Aufl. Urban & Schwarzenberg: Berlin-München 1949.
- STUTTE, H.: Kinder- und Jugendpsychiatrie. In: Psychiatrie der Gegenwart. Bd. II. S. 952. Springer: Berlin-Göttingen-Heidelberg 1960.
- TRAMER, M.: Lehrbuch der allgemeinen Kinderpsychiatrie. 3. Aufl. Veit, Barmh. Schwabe: Basel 1949.
- VILLINGER, W.: Seelische Störungen im Kindesalter. In: Lehrbuch d. Nerven- u. Geisteskrh. 2. Aufl. Hrsg. H. W. Gruhle. S. 489. Carl Marhold: Halle a. S. 1952.
- ZEH, W.: Über das alterseigenthümliche Erscheinungsbild der cyclothymen Manie. Fortschr. Neurol. Psychiat. 24, 434 (1956).
- ZIEHEN, T.: Die Geisteskrankheiten des Kindesalters. Berlin 1917.

Herrn Professor Dr. K. KOLLE,
Herrn Professor Dr. J. -E. MEYER und
Herrn Dr. H. LAUTER danke ich für
ihr freundliches Interesse an meiner
Arbeit.

LEBENS LAUF

Als zweites Kind des Oberlandesgerichtsrats Paul Hempel und seiner Ehefrau Edith geb. Johansen wurde ich, Christa Karin Hempel, am 30. November 1933 in Duisburg geboren. In Düsseldorf wuchs ich auf und besuchte dort von 1940 - 1943 die Volksschule. Nach drei Jahren der Kriegsverschickung kehrte ich 1946 nach Düsseldorf zurück und war dort bis 1951 Schülerin eines Mädchengymnasiums. Von 1951 - 1953 besuchte ich das Mädchengymnasium in Krefeld, wo ich die Reifeprüfung bestand. 1953 begann ich in Bonn das Studium der Medizin, das ich nach zwei Semestern unterbrach, um in Marburg Germanistik zu studieren. 1955 setzte ich in Heidelberg mein Medizinstudium fort und legte im Juli 1957 die ärztliche Vorprüfung ab. 1957 - 1960 belegte ich an der Medizinischen Fakultät der Universität München sechs klinische Semester und bestand im Februar 1961 das medizinische Staatsexamen. Ich arbeitete dann als Medizinalassistentin an der Universitäts-Kinderklinik, der I. Medizinischen Klinik und der Nervenkl. der Universität München, schließlich an der chirurgischen Abteilung des Krankenhauses München-Schwabing. Seit November 1963 bin ich an der internen Abteilung der St. Marien-Klinik Augustinum in München tätig.



